

ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE SÓLO CON TINTA AZUL O NEGRA



1. **Díganos acerca de usted:** Si solicita beneficios sólo para sus hijos, hay que nombrar a un padre, un tutor un adulto que viva en la casa con ellos.

For Agency Use Only:

Nombre legal: _____ Otro nombre que usa: _____

Domicilio: _____ Dep./Núm.de Lote: _____ Ciudad: _____ Condado: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección postal (si es diferente): _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de la casa: (____) _____ Celular/Dejar mensaje: (____) _____ Trabajo: (____) _____ ¿Le podemos llamar al trabajo? No ____ Sí ____

2. **Díganos acerca de cada persona en su casa:** Comience con usted mismo en el renglón número 1. Indique cada persona para la cual quiere cobertura y anote su número de Seguro Social (SSN). Podemos ofrecerle mejores servicios si anota el SSN de cada persona en la casa. Si necesita más espacio, puede usar otra hoja.

Quiere cobertura	Nombre legal (Si está embarazada, anote "niño por nacer" en un renglón aparte)		Si está embarazada, anote la fecha cuando esperar a luz.	Parentesco con persona número 1	Sexo	Numero de Seguro Social	Fecha de nacimiento	¿Es ciudadano de los EE.UU.?		Estado/ Pais de Nacimiento	Raza/ Etnicidad (opcional)	Nombre completo de los padres – Complete para la persona menor de 19 años, incluyendo al niño aún no nacido		
	Sí	No						Sí	No			Padre	Madre	(Nombre de soltera)
		1.		yo mismo										
		2.												
		3.												
		4.												
		5.												
		6.												

3. **Díganos acerca de sus ingresos:** Se requiere comprobante de todos los ingresos, previo a las deducciones. Algunos ejemplos incluyen copias de los talones de pago, una declaración de su empleador, carta de beneficios, etc. Si usted es un trabajador por cuenta propia (trabajador autónomo), usted debe proporcionar su declaración de impuestos completa más reciente, si fue presentada. Se requiere una declaración de ingresos y gastos de los últimos tres meses para su negocio si usted no tiene una declaración de impuestos.

¿Alguna de las personas en su grupo familiar tiene empleo o trabaja por cuenta propia? No ____ Sí ____ Si contestó que sí, complete la tabla que aparece a continuación por cada trabajo.

Nombre del trabajador	Nombre de la compañía y teléfono	Sueldo o pago por hora	Propinas, comisión o bono	Núm. de horas que trabaja cada semana	¿Con qué frecuencia recibe su pago?	Dia de la semana cuando recibe su pago	Fecha del siguiente cheque de paga	Sólo para la persona con autoempleo	
								Ingresos mensuales (Antes de gastos)	Gastos mensuales del negocio

¿Alguna persona en su casa, incluyendo a los niños, recibe ingresos como por ejemplo, sostenimiento para niños, alimentos, desempleo, Seguro Social/SSI, indemnización del obrero, o beneficios del veterano? No ____ Sí ____ Si contestó que sí, complete la tabla que aparece a continuación por cada persona que reciba ingresos.

Nombre de la persona que recibe los ingresos	Tipo/fuente de ingresos	cantidad recibida (antes de deducciones)	Frecuencia de los ingresos	Número del reclamo/ de la orden del tribunal

4. **Alguna de las personas en su grupo familiar para las cuales usted está realizando la solicitud ¿necesita ayuda para pagar las facturas médicas de los últimos 3 meses? No ____ Sí ____**

De ser así, usted debe proporcionar comprobantes de todos los ingresos que su familia haya recibido en los últimos 3 meses.

5. ¿Alguna de las personas para las cuales usted está presentando la solicitud tiene un seguro médico de cualquier tipo (que no sea asistencia médica de Kansas)? No ___ Sí ___ De ser así, complete el gráfico más abajo y proporcione copias de todas las tarjetas de seguros (ambos lados).

Si usted pide cobertura para alguna persona a quien le terminaron los beneficios médicos durante los últimos ocho meses, por favor explique la razón. _____

Nombre de la compañía de seguros	Asegurado	Personas que tienen cobertura	Tipo de cobertura (Hospital, Dental, Otro)	Fecha de inicio	Fecha en que terminó	Núm. de la póliza y del grupo

6. Si usted le paga a alguien para que cuide a un miembro de su familia mientras usted trabaja, ¿cuánto paga por mes? _____
No se necesita esta información en todos los programas.

7. ¿Recibe alguien en su grupo familiar ingresos de fondos de un fideicomiso? No ___ Sí ___ Si necesitamos más información, nos comunicaremos con usted.

8. ¿Prefiere un idioma que no sea el inglés? No ___ Sí ___ Si contestó que sí, anote el idioma aquí. Por escrito: _____ Hablado: _____
¿Usa otros medios para comunicarse, como por ejemplo, el lenguaje de señas, Braille, TDD, u otro método? No ___ Sí ___ Si contestó que sí, anote aquí. Otra manera de comunicarse: _____

9. Elija Su Plan de Salud: Si usted fuera aprobado para asistencia médica, sus servicios serán proporcionados por KanCare. Existen 3 planes de salud KanCare entre los cuales elegir. Por favor revise los Temas Relevantes de Servicios Extras y elija su plan. Si usted no elige, le será asignado un plan. Si a usted no le gusta el plan asignado, tendrá 90 días para cambiar de plan. Usted recibirá un paquete de información acerca de su plan

Amerigroup

Sunflower State
Health Plan

UnitedHealthcare

10. Disposiciones importantes y autorización para divulgar información:

Entiendo:

- Que tengo derecho a un tratamiento igualitario sin importar la raza, color, sexo, edad, discapacidad, religión, preferencia política, o nacionalidad.
- Que tengo derecho a que la información que he proporcionado sea mantenida en forma confidencial a menos que esté directamente relacionada con la administración de los programas de asistencia médica de Kansas.
- Que debo proporcionar o solicitar un número de Seguro Social para cualquier persona que esté solicitando asistencia médica y autorizo a que estos números sean utilizados para administrar el programa. Estos números también serán utilizados para comparaciones por computadora con otras organizaciones como por ejemplo bancos, la Administración del Seguro Social y Servicio de Impuestos Internos.
- Que es importante proporcionar la información actualizada de ingreso domicilio y composición del grupo familiar, y que soy responsable de informar los cambios durante el proceso de solicitud y mientras sea elegible.
- Que algunas o todas las personas para las cuales estoy realizando la solicitud pueden recibir cobertura similar de salud bajo el programa Medicaid, si fueran elegibles. Que tengo la responsabilidad de utilizar e informar cualquier recurso de terceras partes (tales como seguro de salud, acuerdos judiciales, pagos de ayuda médica, fideicomisos, curadurías, etc.) que pudiera tener una obligación legal para pagar alguno o todos los gastos médicos de aquellos para quienes estoy realizando la solicitud. Entiendo que el pago por un servicio en particular puede ser retenido mientras se realiza una determinación del hecho de no haber utilizado un recurso de una tercera parte.

- Que cualquier pago que me haya sido realizado por un recurso de una tercera parte para servicios médicos cubiertos bajo los programas de asistencia médica de Kansas será utilizado para pagar las facturas médicas correspondientes y que estos programas solamente pagarán por los servicios no cubiertos por ese recurso de esa tercera parte. Estoy de acuerdo en cooperar con la unidad de subrogación médica para tratar de obtener esos recursos de una tercera parte.
- Que si recibo asistencia médica después de los 54 años de edad o mientras estoy en un alojamiento institucional, podría existir un reclamo contra mis propiedades para recuperar los gastos médicos hechos en mi nombre. Entiendo que mi(s) institución(es) financiera(s) será(n) notificada(s) de un reclamo pendiente.
- Que tengo la responsabilidad de leer y contestar en forma veraz todas las preguntas en esta solicitud. Entiendo que si proporciono información falsa o intencionalmente engañosa en esta solicitud u oculto información requerida por la solicitud, seré sometido a penalización por mis acciones.
- Que tengo el derecho de solicitar una audiencia justa si no estoy de acuerdo con una decisión. Se debe realizar un pedido por escrito dentro de un plazo de 30 días luego de la decisión.

Acepto:

- Devolver cualquier pago de ayuda financiera para todas las personas que reciben asistencia médica si se determina que los adultos en el grupo familiar son elegibles para asistencia médica.

- Ayudar a los Servicios de Manutención de Niños (CSS por sus siglas en inglés) a establecer y hacer cumplir órdenes de manutención (si fuera necesario) si se determina que los adultos en el grupo familiar son elegibles para asistencia médica.

Certifico:

- Que todas las personas para las cuales estoy solicitando la cobertura de salud - y que sean determinadas elegibles para dicha cobertura - son ciudadanos de los Estados Unidos o ciudadanos no estadounidenses en condición legal de inmigración. Puede exigirse un comprobante de condición migratoria. (Excepción personas que solicitan asistencia médica de emergencia bajo SOBRA)
- Bajo pena de perjurio, que mis respuestas son correctas y completas a mi mejor saber y entender.

Autorizo:

- Que los pagos bajo este programa sean realizados directamente a los médicos y otros proveedores médicos en cualquier servicio médico y otros servicios de salud proporcionados a aquellos para quienes estoy presentado la solicitud mientras sean elegibles.
- Los proveedores médicos divulgarán información médica al Departamento de Salud y Medio Ambiente de Kansas, División de Finanzas de Atención Médica (KDHE – DHCF), el Departamento para Niños y Familias (DCF), el Departamento de Servicios para la Tercera Edad y Personas con Discapacidades de Kansas (KDADS), el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. compañías de seguro, y otros proveedores médicos contratados. También autorizo al KDHE, DCF y KDADS a compartir información médica para fines administrativos con otras agencias y contratistas.

11. Firma: Para considerarse completa, esta solicitud tiene que llevar la firma y la fecha

Firma del solicitante (Obligatoria)

Fecha

Firma del conyuge u otro (si solicita servicios)

Fecha

Mi firma en esta solicitud significa que he leído y entiendo las condiciones enumeradas aquí arriba. También autoriza a empleadores, proveedores médicos, instituciones bancarias, proveedores de seguros, proveedores de beneficios y otras personas o agencias que tengan conocimiento de mis circunstancias a divulgar a KanCare, o a otro programa de beneficios cualquier información, incluyendo datos confidenciales, que sea necesaria para establecer mi elegibilidad. Toda la información que aparece en esta solicitud goce de la protección de las leyes estatales y federales de la confidencialidad. Este permiso toma vigencia a partir de esta fecha. Una copia de esta autorización es tan válida como el documento original.

12. Información acerca de la inscripción de votantes en Kansas ¿Desea inscribirse hoy para poder votar? No ___ Sí ___ Ya estoy registrado ___ Esta sección no afectará su asistencia médica.